

年 月 日

境港市長 様

請求者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

境港市不妊治療費助成金請求書

年 月 日付受境健第 号で交付決定及び額の確定通知のあった

年度境港市不妊治療費助成金 [保険適用一般不妊治療費助成金]
[不妊検査費助成金]

について、下記のとおり請求します。

記

1. 助成金の額 金 _____ 円

2. 振 込 先

金融機関名	銀行・信用金庫・農協・漁協
支 店 名	本店・支店・支所・出張所
口座種別	普通 ・ 当座
口座番号	
(フリガナ) 口座名義	